



РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ОКАЗАННОЙ
ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ПОМОЩИ
ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ ПЛАТЕЖ
INITIAL PAYMENT

ИМЯ КЛИЕНТА ПО ДЕЛУ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	КОД ИДЕНТИФИКАЦИИ КЛИЕНТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Термин "Штат" обозначает Департамент социального обеспечения и здравоохранения (DSHS).

Какие действия я разрешаю выполнять Штату, если я подпишу данную форму предоставления разрешения?

Если будет установлено, что я имею право на пособия Дополнительной социальной помощи (Supplemental Security Income, SSI), то я осознаю, что я даю разрешение уполномоченному лицу Администрации социального обеспечения (Social Security Administration, SSA):

- перевести на счет Штата первый возвратный (то есть, за период времени, прошедший с момента предоставления мне права на пособие SSI до первой выплаты этого пособия) платеж пособия SSI, предназначенный мне; или
- если Федеральный закон ограничивает процедуру выплаты мне пособия SSI, перевести на счет Штата только сумму, равную объему возмещаемой общественной помощи, которую я получил от Штата.

Как Штат будет получать оплату за возмещаемую общественную помощь, которую он предоставил мне?

Штат вычтет из первого возвратного платежа пособия SSI, предназначенного мне, сумму, равную той сумме, которую я получил от Штата за период, начиная с первого месяца, когда я получил право на выплаты пособий SSI, и кончая месяцем начала выплаты мне пособий SSI. Если Штат не смог своевременно остановить выплаты общественных пособий, этот период заканчивается в следующем месяце. Если Федеральный закон ограничивает процедуру выплаты мне каких-либо излишних сумм, SSA перешлет Штату только ту сумму, которую я получил от Штата. Штат не будет вычитать никакие суммы из пособий, финансируемых полностью или частично за счет федеральных средств.

Что произойдет, если Штат получит слишком много денег?

Штат перешлет любые излишние суммы мне вместе с письмом, в котором будет указано, сколько денег находилось на счету штата, в течение 10 дней после того, как Штат получит выплаты от SSA.

Что делать, если SSA пошлет первый платеж мне?

Я индоссирую чек (сделаю передаточную надпись на обороте), написав на нем "payable to the State of Washington" ("выплачивается в счет Штата Вашингтон"), и перешлю его по адресу:

STATE OF WASHINGTON
OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY (OFR), MAIL STOP 5862
PO BOX 9501
OLYMPIA WA 98507-9501

Какой срок действия данного разрешения?

Данное разрешение действует для меня и Штата в течение одного календарного года со дня получения данного разрешения Штатом. Данное разрешение вступает в силу после того, как оно подписывается и датируется мной и представителем Штата. SSA будет хранить данное разрешение в своей картотеке в течение одного года.

- Разрешение прекращает действовать, когда я получаю первую денежную выплату по моему пособию SSI; или
- Разрешение прекращает действовать, если я не подаю своевременной запрос на пересмотр, а максимальный период, разрешенный для подачи запроса на административный или судебный пересмотр дела, истекает; или
- Разрешение прекращает действовать, если Штат и я решаем прекратить действие данного разрешения.

Данное разрешение не является обязательным для меня, если в течение 30 календарных дней с подписания мною этой формы, Штат не уведомит об этом SSA.

Служит ли данное разрешение в качестве защитной меры при подаче заявления на получение пособий SSI?

Да, если я еще не подал заявление на получение пособий SSI и я собираюсь подать такое заявление, данная форма является уведомлением из SSA о том, что у меня есть 60 дней для подачи заявления на получение пособий SSI, и это служит мерой защиты того, что будет сохранена моя дата подачи заявления. Если мое заявление будет утверждено, то мои пособия SSI начнут действовать с того дня, когда я подпидал данную форму. Если я не подам заявление на получение пособий SSI в течение 60 дней, данное разрешение уже не будет служить мерой защиты моей даты подачи заявления на получение пособий SSI.

Я имею право на беспристрастное разбирательство, если я не согласен с любым действием, предпринятым Штатом в отношении данного разрешения и возмещения денежной помощи.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ DSHS	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ЭТОЙ ФОРМЫ В DSHS